Teratom eines Bauchhodens

Auszug
aus der
Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg
vorgelegt von

Just Roth
aus Halle a. d. S.

Referent: Oberarzt Dr. Budde.

Druck von W. Hendrichs, Halle a. S.
1923.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153309_0130

Zum Beginn möchte ich einen Auszug aus der Krankengeschichte bringen.

Ein Knabe von $1\frac{1}{2}$ Jahren wird wegen Leibschmerzen in der rechten Oberbauchgegend in die chirurgische Klinik der Universität Halle gebracht. Es läßt sich ein Tumor feststellen von der Größe eines Gänseeies und von höckeriger Oberfläche; er ist frei beweglich, hängt nicht mit den Bauchdecken zusammen.

Rechtsseitiger Monorchismus.

Eine genaue Diagnose wurde nicht gestellt.

Die Operation ergab das Vorhandensein eines Tumors von der Größe eines kleinen Kindskopf mit einem langen Gefäßstiel, welcher an der inneren rechten Leistenbruchpforte inserierte. Irgend ein Zusammenhang mit einem Organ bestand nicht. Der Tumor war vollkommen mit Peritonäum überzogen, sein Gefäßstiel war um seine Längsachse um 180^{0} gedreht.

Der Tumor wurde exstirniert.

Der Querschnitt des Stieles läßt bei makroskopischer und mikroskopischer Untersuchung erkennen, daß er dem vas deferens entspricht. Der Tumor zeigt auf dem Querschnitt Zysten der verschiedensten Größe mit Schleim oder cholesteatomartiger Masse als Inhalt. Die zwischenliegenden Gewebspartien zeigen Bindegewebe, Fettgewebe und Knorpel, regellos durcheinander. Ein eingelagerter Knochen zeigt keine Aehnlichkeit mit einem normalen. Anfänge einer Organbildung zeigen sich nicht. Mikroskopisch sind Bindegewebs- und Muskelfibrillen zu erkennen, wirr durcheinander. Die zwischenliegenden Zellen zeigen Spindelform. Das Endothel der Zysten ist ein mannigfaltiges. Ein Abschnitt Zylinderepithel erinnert durch tubuläre Drüsen an normale Magenschleimhaut, sonst ist auch mikroskopisch keine Organbildung erkennbar.

Die Diagnose kann auf Grund der von Wilms aufgestellten Leitsätze auf ein „Hodenteratom“ gestellt werden.

Die heute bestehenden Theorien über die Entstehung des Teratoms gipfeln in dem einen Satz: Eine Zelle des Organs oder des Embryo's verläßt den Verlauf seiner geregelten Entwicklung und fängt an, da es die Fähigkeit, alle drei Keim-

blätter nachzubilden, in sich trägt oder wieder erhält, ein Teratom zu bilden. Wann, warum und welcher Art die Zelle ist, läßt sich bis heute mit Sicherheit nicht sagen.

Wie verhält sich die Teratombildung zu dem Monorchismus? Rein theoretisch sind drei Möglichkeiten zu unterscheiden. Das Teratom hat sich gebildet, weil der descensus testis ausgeblieben ist, oder der descensus hat nicht stattfinden können, weil das Teratom sich gebildet hat, oder beide Erscheinungen haben nichts miteinander in kausaler Hinsicht zu tun. Fischer, der als einziger einen Fall eines Bauchhodenteratoms beschrieben hat, hält die erste Annahme für die richtige, da in jenem Fall ein nur kirschgroßer Tumor vor dem offenen Leistenkanal lag, ohne hindurchgetreten zu sein. Bei unserem Fall glaube ich im Gegensatz zu Fischer annehmen zu müssen, daß die Größe des Tumors den descensus vereitelt hat, denn

1. müßte in unserem Fall nach Fischers Annahme ein Zeitraum von $1^1/_2$ Jahren zum Wachstum genügt haben,

2. kann nur ein Fall die an und für sich nicht sehr wahrscheinliche Theorie unmöglich stützen,

3. hatte der descensus richtig begonnen, da nach dem Verlauf des Gefäßstieles der Hoden bis zum inneren Leistenring gekommen ist.

Zu vereinigen wären beide Fälle unter der dritten Annahme, welche eine gewisse Berechtigung zu haben scheint. Eine sichere Entscheidung läßt sich nach 2 veröffentlichten Fällen nicht treffen.

Die Länge des Gefäßstieles läßt sich dadurch erklären, daß das vas deferens vor dem Durchtritt des Hodens durch den Leistenkanal recht lang angelegt wird. Sekundär haben dann Eigenbewegungen des Tumors die Verlängerung noch weiter getrieben.

Die Stieltorsion wird bei solchen gestielten Tumoren oft beobachtet. Im mikroskopischen Schnitt wiesen größere Mengen von Erythrozyten in den Gewebsspalten auf die Stauung hin.

Eine genaue Diagnose war aute operationem nicht zu stellen, der Monorchismus hätte den richtigen Weg weisen können.

Wenn auch maligne Entartung der Teratome beobachtet ist, insbesondere das Weiterwuchern in den eröffenten Venen lumina, so ist in unserem Fall wohl eine sanatio durch die Operation erzielt.